

**FICHE D'INSCRIPTION 2021 – 2022**

|                                            |                                                                                            |                                                                                            |                                                                                            |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom                                        |                                                                                            |                                                                                            |                                                                                            |
| Prénom                                     |                                                                                            |                                                                                            |                                                                                            |
| Date de naissance                          | ___ / ___ / ___                                                                            | ___ / ___ / ___                                                                            | ___ / ___ / ___                                                                            |
| Classe(en sept.)                           |                                                                                            |                                                                                            |                                                                                            |
| Ecole                                      | <input type="checkbox"/> Les Peupliers<br><input type="checkbox"/> Grain de Soleil         | <input type="checkbox"/> Les Peupliers<br><input type="checkbox"/> Grain de Soleil         | <input type="checkbox"/> Les Peupliers<br><input type="checkbox"/> Grain de Soleil         |
| Inscription                                | <input type="checkbox"/> Péri-scolaire<br><input type="checkbox"/> Accueil de loisirs 2021 | <input type="checkbox"/> Péri-scolaire<br><input type="checkbox"/> Accueil de loisirs 2021 | <input type="checkbox"/> Péri-scolaire<br><input type="checkbox"/> Accueil de loisirs 2021 |
| Allergies alimentaires,<br>si oui précisez | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non                                  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non                                  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non                                  |
| Autres allergies<br>Si oui, précisez       | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non                                  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non                                  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non                                  |
| Asthme                                     | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non                                  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non                                  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non                                  |
| Autres informations de<br>santé            |                                                                                            |                                                                                            |                                                                                            |
| Vaccin DTPOLIO                             | <b>JOINDRE OBLIGATOIREMENT COPIE DES VACCINS</b>                                           |                                                                                            |                                                                                            |

**Accueil péri-scolaire**

☐ **Planning régulier**, veuillez cocher les cases des jours où votre enfant viendra au péri-scolaire :

|          | LUNDI |      | MARDI |      | JEUDI |      | VENDREDI |      |
|----------|-------|------|-------|------|-------|------|----------|------|
|          | Matin | Soir | Matin | Soir | Matin | Soir | Matin    | Soir |
| Prénom : |       |      |       |      |       |      |          |      |
| Prénom : |       |      |       |      |       |      |          |      |
| Prénom : |       |      |       |      |       |      |          |      |

Eventuellement précisions (semaine paire, semaine impaire, toutes les 3 semaines) .....  
 .....  
 .....

☐ Planning irrégulier, je m'engage à envoyer mon planning par le site internet.

**Rappel : Un forfait de 30 minutes sera facturé aux familles pour toute absence non signalée**

**PARENTS 1**

NOM : .....  
PRENOM : .....  
ADRESSE : .....  
.....  
TEL. DOMICILE : .....  
TEL PORTABLE : .....  
TEL. TRAVAIL : .....  
LIEU DE TRAVAIL : .....  
MAIL : .....

**PARENTS 2**

NOM : .....  
PRENOM : .....  
ADRESSE : .....  
.....  
TEL. DOMICILE : .....  
TEL PORTABLE : .....  
TEL. TRAVAIL : .....  
LIEU DE TRAVAIL : .....  
MAIL : .....

SITUATION FAMILIALE : (célibataire, marié, pacsé, séparé, divorcé) : .....

REGIME ALLOCATAIRE ☐ Régime Général (CAF) N° Allocataire : \_\_\_\_\_ ☐ Régime Agricole (MSA)

- Régime Général (CAF) : ☐ J'autorise la directrice à consulter CDAP afin d'obtenir mon quotient familial. Dans le cas contraire, je fournis impérativement la copie de l'attestation de quotient familial en début d'année.

- Régime Agricole (MSA) : ☐ Je m'engage à fournir la copie de l'attestation de quotient familial

La tranche tarifaire la plus haute sera facturée, si la copie de l'attestation n'est pas fournie

**AUTORISATIONS PARENTALES PERMANENTES:**

☐ En cas d'urgence, j'autorise l'équipe d'encadrement à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

☐ Autorise les personnes ci-dessous à venir chercher mon (mes) enfant(s)

Nom / prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom / prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom / prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

☐ Autorise mon enfant, à partir de 7 ans, à repartir seul, à pied ou à vélo.

☐ Autorise mon enfant à être photographié ou filmé pour diffusion interne ou pour la presse locale.

☐ Atteste qu'il n'y a pas de contre-indication à la pratique d'un sport pour mon enfant.

☐ Accepte que l'association Familles Rurales de St André, conserve mon adresse mail à des fins non commerciales, seulement pour les besoins de communication de l'association.

☐ Je confirme avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ responsable légal de(s) enfant (s) nommé (s)  
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à .....,

Signature :

Le .....